

**FACULTE DE MEDECINE
SAINT-ANTOINE
UNIVERSITE PARIS VI**

ANNEE 1970

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Joe VIVIER

né le 2 octobre 1938 à EVREUX (Eure)

Interne des Hôpitaux de PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

CANCERS DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE PEDICULAIRE

(A propos de 17 Observations).

Président : M. J. GOSSET, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

**FACULTE DE MEDECINE
SAINT-ANTOINE
UNIVERSITE PARIS VI**

ANNEE 1970

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Joe VIVIER

né le 2 octobre 1938 à EVREUX (Eure)

Interne des Hôpitaux de PARIS

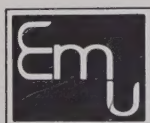
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

CANCERS DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE PEDICULAIRE

(A propos de 17 Observations).

Président : M. J. GOSSET, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



A vos amis le professeur Jean GUYOT.

AUX MIENS. *monde de village de village.*

*On voit à l'œuvre dans son service
de l'âme et de la main et de la tête
de l'âme et de la main et de la tête*

*On voit à l'œuvre dans son service
de l'âme et de la main et de la tête*

A mon Maître le Professeur Jean GOSSET.

Professeur de clinique chirurgicale.

Qui après m'avoir accueilli dans son service
m'a fait l'honneur de me confier ce sujet de
thèse et d'assurer la présidence de celle-ci.

Qu'il trouve ici l'expression de mon respect
et de ma profonde reconnaissance.

A mon Maître le Professeur Jean BOSSERT.

Professeur de Clinique chirurgicale.

Qui après avoir exercé dans son service
m'a fait l'honneur de me confier ce stage de
thèse et d'assurer la présidence de celle-ci.
Qu'il trouve ici l'expression de mon respect
et de ma profonde reconnaissance.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Docteur HIVET.

A Monsieur le Docteur POILLEUX.

En témoignage de ma reconnaissance pour les
conseils amicaux qu'ils ont bien voulu me donner.

A Monsieur le Professeur CAROLI

Qui m'a autorisé à utiliser ses observations.

En témoignage de ma reconnaissance.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Externat :

- Monsieur le Professeur LE BEAU.
- Monsieur le Professeur DEPARIS.
- Monsieur le Docteur BACH.
- Monsieur le Professeur MUSSET.

Internat :

- Monsieur le Professeur LE LORIER.
- Monsieur le Docteur SIMON.
- Monsieur le Professeur DEBEYRE.
- Monsieur le Professeur CHIGOT.
- Monsieur le Docteur MONOD-BROCA.
- Monsieur le Docteur ROUVILLOIS.
- Monsieur le Professeur GOSSET
- Monsieur le Professeur Agrégé BAUX.

A mes Amis.

I N T R O D U C T I O N

Les cancers primitifs de la voie biliaire principale pédiculaire occupent parmi les ictères néoplasiques une place assez restreinte.

La rareté relative de cette localisation du cancer, les difficultés diagnostiques qui en font souvent une découverte opératoire, et le sentiment de difficulté thérapeutique qu'elles inspirent nous ont paru justifier cette étude qui a pour elle l'avantage de porter sur une série homogène de 17 observations recueillies dans le service de notre Maître le Professeur J. GOSSET de 1957 à 1970.

Avec l'aide de ces 17 observations nous ne pensons pas apporter d'éléments nouveaux concernant l'anatomie pathologie de ces tumeurs, la clinique et la biologie, du moins voudrions-nous discuter certains des problèmes concernant la technique et les indications chirurgicales.

En effet par suite de l'adjonction des méthodes d'exérèse, le pronostic de ces tumeurs de la voie biliaire principale pédiculaire n'est peut-être pas aussi fâcheux qu'il est classique de le dire.

Voici l'essentiel des 17 observations qui sont à la base de ce travail.

OBSERVATION N° 1 : Monsieur BOU... Louis, 72 ans (1960).

Monsieur BOU... est hospitalisé en novembre 1960 pour un ictère cutanéomuqueux progressif et apyrétique s'accompagnant de douleurs épigastriques et de prurit alors que les selles deviennent blanches mastiques et que les urines sont brunâtres. L'état général est bon. A l'examen clinique on palpe un gros foie et une grosse vésicule.

La biologie est en faveur d'une obstruction.

La laparoscopie montre un gros foie lisse, vert, sans aucune trace de métaplasie et une grosse vésicule.

Le malade est opéré le 10/12/60 avec le diagnostic d'ictère néoplasique vraisemblablement pancréatique.

A l'intervention : pas d'ascite, pas de métastases hépatiques ni péritonéales, un foie vert de stase, une vésicule très augmentée de volume : il existe au niveau du cholédoque sus-duodénal une tumeur assez régulière de la grosseur d'une petite noisette qui ressemblerait au premier abord à un calcul. Les cholangiographies montrent un obstacle complet du cholédoque sans passage sous-jacent. Résection et anastomose cholédoco-jéjunale. Les suites opératoires furent simples. Le malade a déjauni, l'état général s'est amélioré mais en mars 1962 il a présenté un foie secondaire avec ictère et il est décédé le 11/4/62 soit 16 mois après l'intervention.

OBSERVATION N° 2 : Monsieur MAU... Louis, 79 ans (1969).

Monsieur MAU... est hospitalisé en octobre 1969 pour un ictère par rétention. En août le malade commence à se plaindre de prurit intense d'asthénie, d'anorexie puis apparaît en octobre un ictère cutanéomuqueux progressif et isolé. L'examen montre une hépatomégalie, la vésicule n'est pas perçue.

La biologie confirme la rétention.

La laparoscopie met en évidence un gros foie de cholostase et une grosse vésicule.

Le malade est opéré le 9/10/69 avec le diagnostic de cancer de la tête du pancréas dans un mauvais état général.

A l'intervention, gros foie de cholostase avec métastases multiples, vésicule tendue. Il existe une infiltration manifestement néoplasique du cholédoque sus-duodénal sur environ 1,5 cm. Dans ces conditions on se contente de faire une dérivation cholédoco-duodénale latéro-latérale. Les suites post opératoires furent troublées par une septicémie à gram négatif et le malade est décédé au 8e jour dans un tableau de défaillance cardio-respiratoire.

OBSERVATION N° 3 : Monsieur TRO.. Albert, 1959, 60 ans.

Monsieur TRO.. est hospitalisé en avril 1959 pour un ictère généralisé. En décembre 1958 le malade commence à se plaindre d'une anorexie tenace, d'asthénie et de prurit. Puis apparaît en janvier 1959 un ictère cutanéomuqueux progressif. L'examen clinique montre un gros foie, la vésicule n'est pas perçue.

Monsieur TRO.. est opéré en avril 1960 avec le diagnostic de cancer de la voie biliaire principale au niveau de la jonction cystico-cholédocienne.

A l'intervention, pas de métastases hépatiques. Il existe au niveau de la jonction cystico-cholédocienne une tumeur de la taille d'une cerise. Cholécystectomie, résection de la voie biliaire sur 4 cm. Anastomose hépatico-jéjunale. Les suites post-opératoires furent simples. Le malade a complètement déjàuni.

Histologie : épithélioma cylindrique très faiblement mucipare d'origine excréto-biliaire.

Le malade a été revu en octobre 1959, il va bien, a grossi de 6 kg. et a même repris son travail. En octobre 1961 il a présenté à deux reprises des crises comitiales généralisées. Les différents examens n'ont montré aucune lésion évoquant une métastase. Le malade a été perdu de vue depuis décembre 1961 soit 20 mois après l'intervention.

OBSERVATION N° 4 : Madame GIB... Colette, 63 ans (1966)

Madame GIB... est hospitalisée en décembre 1966 pour un ictère généralisé. A la fin de novembre 1966, apparaît un ictère douloureux, fébrile, variable au début puis fonçant progressivement. Il n'y a pas de prurit. L'examen clinique met en évidence un gros foie et une grosse vésicule.

La biologie confirme la rétention.

La malade est opérée en janvier 1966 avec le diagnostic d'ictère néoplasique, vraisemblablement pancréatique.

A l'intervention : le foie est peu hypertrophié mais vert foncé. Il n'y a pas de métastases. La vésicule est tendue sous pression par un liquide clair. Au niveau de la jonction cystico-cholédocienne il existe une petite tumeur grosse comme une noisette. Le cholédoque sus-tumoral est peu dilaté. Résection et anastomose hépatico-jéjunale. A noter une anomalie au niveau de l'artère hépatique dont la branche droite passe derrière l'hépatique commun. Les suites opératoires furent simples.

Histologie (Madame LEVAME) carcinome excréto-canalair cylindrique.

La malade a été réopérée en février 1969 pour une occlusion du grêle sur bride. L'exploration per-opératoire a montré une anastomose parfaitement souple. Il n'existait aucune métastases. La malade va actuellement bien en 1970 soit 3 ans après l'intervention.

OBSERVATION N° 5 : Madame BOU..., 66 ans, 1967.

Madame BOU... présente un long passé pathologique.

- En 1944, elle subit une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire.
- En 1962, elle est réopérée pour une sténose de la voie biliaire (anastomose cholédoco-duodénale).
- En 1963, devant la répétition des crises d'angiocholite, avec ictère, elle est réopérée, à l'intervention on découvre un empiètement du cholédoque (anastomose cholédoco-jéjunale).

- En 1964, Madame BOU... présente un nouvel épisode ictérique douloureux et fébrile. Elle est réopérée avec le diagnostic de calculs restants du cholédoque. A l'intervention, on découvre une infiltration du cholédoque sus-duodénal : résection et anastomose hépatico-jéjunale.

Les suites opératoires furent simples.

Histologie (Madame LEVAME) : adénocarcinome excréto-biliaire d'origine canalaire.

La malade malgré quelques poussées d'angiocholite, (septembre 1966 et février 1968) va bien en 1970, soit 6 ans après l'intervention.

OBSERVATION N° 6 : Monsieur GUE... 56 ans, 1969

Monsieur GUE... est hospitalisé pour un ulcère généralisé cutanéomuqueux fonçant progressivement et s'accompagnant de prurit. Il n'y a pas de température pas de douleur.

L'examen clinique montre un gros foie et une grosse vésicule.

La biologie confirme la rétention.

Le malade est opéré avec le diagnostic d'ictère néoplasique pancréatique.

Intervention : l'exploration montre un foie qui est modérément augmenté de volume, de teinte foncé, un bord antérieur mince : la vésicule est énorme, tendue, et a un aspect néoplasique. Sur le bord droit de la vésicule près du fond il existe de façon évidente une métastase hépatique de la taille d'une prune et qui paraît unique. Au niveau du cholédoque sus-duodénal, il existe une tumeur du cholédoque qui a environ deux centimètres de haut : cholécystectomie, hépatectomie partielle résection du cholédoque et anastomose hépatico-jéjunale.

L'ouverture de la pièce montre une tumeur végétante occupant les 2/3 de la circonférence du cholédoque et ayant environ 15 mm. de haut.

Le malade a été réopéré au 10e jour d'une péritonite biliaire (fuite biliaire au niveau de la résection hépatique). Drainage. Le malade est décédé le 19/10/69.

Histologie (madame CONTE) : carcinome glandulaire peu différencié.

OBSERVATION N° 7 : Melle. PET... Harde, 75 ans, 1960.

Melle. PET... est hospitalisée de mai pour un ictère généralisé. Depuis de nombreuses années, Melle. PET... présente des crises coliques népatiques.

En mars 1960, la malade commence à se plaindre d'une anorexie, d'une asthénie, de prurit. En mai, apparaît un ictère douloureux, progressif, apyrétique avec des urines foncées et des selles décolorées.

L'examen montre un gros foie. La vésicule n'est pas perçue mais la malade est obèse.

La biologie confirme la rétention et la malade est opérée avec le diagnostic de lithiase vésiculaire et cholédocienne.

Intervention : il existe un foie modérément augmenté de volume, logé sous les côtes. La vésicule est rétractée sur de multiples calculs. Dans la partie haute du pédicule, à l'union du cystique et du cholédoque, il existe une tumeur de la taille d'une grosse cerise. Au-dessous de cette tumeur, le cholédoque paraît normal, au-dessus on devine une dilatation des voies biliaires. Il n'y a pas de métastases. En raison de l'état général et de l'obésité, on se contente d'une anastomose hépatico-jéjunale.

Les suites post-opératoires furent fébriles, l'évolution fut émaillée de nombreuses poussées d'angiocholite et la malade est décédée au 4e mois.

OBSERVATION N° 8 : Monsieur LAS... 63 ans, 1961.

Monsieur CAS ... est hospitalisé en juillet 1961 pour un ictère cutanéomuqueux intense par rétention. En mai 1961, le malade se plaint d'anorexie, d'asthénie, puis apparaît à la fin du mois un ictère progressif et apyrétique. En l'espace de quelques semaines il maigrit de quelques kilos (10).

L'examen met en évidence un gros foie, une grosse vésicule.

Le malade est opéré en juillet avec le diagnostic de cancer du pancréas.

Intervention : pas de métastases hépatiques ni péritonéales. Il existe au niveau du cholédoque sus-duodénal une tumeur de la taille d'une cerise. Résection et anastomose cholédoco-jéjunale.

Les suites post-opératoires furent simples.

Histologie : carcinome cylindrique papillaire de type excréto biliaire.

Le malade a été revu en 1962. Il va bien. A grossi de 5 Kg. Il a été réhospitalisé en 1965 pour une récurrence ictérique avec hépatomégalie secondaire et est décédé en juillet 1965, soit 4 ans après l'intervention.

OBSERVATION N° 9 : Monsieur WLO.. Pierre, 54 ans, 1959.

Monsieur WLO.. est hospitalisé pour un ictère généralisé. Le malade présente depuis de nombreuses années (1951) des crises de coliques hépatiques. En mars 1959 apparaît un ictère généralisé douloureux et variable mais apyrétique, s'accompagnant de prurit.

L'examen montre une fois peu augmenté de volume et une grosse vésicule.

La biologie confirme la rétention.

La laparoscopie n'est pas démonstrative.

Le malade est opéré en juillet 1969 avec le diagnostic d'ampullome (présence de sang dans les selles).

Intervention en juillet 1959 : à l'exploration, on note un foie de coloration vert foncé légèrement augmenté de volume mais surtout une dilatation extraordinaire de la vésicule qui est bilobée de la taille de deux poings contenant de la bile blanche. Après libération de la région sous-hépatique, barrée par de nombreuses adhérences, on se rend compte qu'il existe une tumeur de la taille d'un oeuf de pigeon siégeant dans le cholédoque sus-pancréatique et s'accompagnant de ganglions rétro-pancréatiques. Les cholangiographies pratiquées par ponction directe du canal hépatique gauche montrent une énorme dilatation des voies biliaires intra-hépatiques. Anastomose hépatico-jéjunale. Le malade est décédé 5 mois après l'intervention

OBSERVATION N° 10 : Madame LER.. Marie-Louise, 77 ans, 1964.

Madame LER.. est admise pour un ictère généralisé apparu en juin 1964 sans fièvre et sans douleurs. Au début du mois d'avril, la malade se plaint d'asthénie importante et d'anorexie. Il n'y a pas de prurit. Mais la malade présente des éléments urticariens.

L'examen met en évidence un gros foie, la vésicule n'est pas perçue.

La biologie est nettement obstructive.

La laparoscopie montre un gros vert lisse et une petite vésicule.

La malade est opérée en juillet avec le diagnostic de cancer de la jonction cystico-cholédocienne.

Intervention : à l'exploration le foie est effectivement gros, vert foncé, sans métastases. La vésicule semble occupée par un gros calcul, elle est petite et colle intimement au gènu-supérieur. A la partie moyenne du cholédoque il existe une sténose sus-duodénale néoplasique typique. Au-dessus de la sténose, la voie principale c'est-à-dire la partie haute de l'hépatique est extrêmement dilatée. Les cholangiographies montrent une dilatation des voies intra-hépatiques et l'arrêt pratiquement total de la voie principale sus-duodénale. Anastomose hépato-jéjunale.

Les suites opératoires furent simples.

La malade a été revue en août, elle allait bien avait déjàuni et avait grossi.

Malheureusement cette malade a été perdue de vue.

OBSERVATION N° 11 : Madame DUB..., 40 ans - 1966.

Madame DUB.. est hospitalisée pour un ictère généralisé variable avec prurit apparu il y a trois mois. Il n'y a ni fièvre, ni douleur, mais la malade a maigri de 10 kgs.

L'examen clinique montre un gros foie, la vésicule n'est pas perçue.

La biologie est mixte.

La malade est opérée en décembre 1966 avec le diagnostic de sténose de la jonction cystico-cholédocienne.

Intervention : l'exploration montre un foie de coloration foncée, de surface lisse, de consistance très ferme avec un bord antérieur mince. La vésicule plate est vide de bile. Le cholédoque est gros comme un pouce. Les cholangiographies per-opératoires montrent une sténose serrée au niveau de la jonction avec une énorme dilatation de la voie biliaire principale et des voies intra-hépatiques. Résection et anastomose hépatico-jéjunale.

Histologie (Mme. LEVAME) :

A l'ouverture de la pièce, il existe une sténose très serrée du cholédoque qui semble envahir le cystique : carcinome canalaire.

OBSERVATION N° 12 : Madame FRA... Andrée, 1962 - 63 ans.

Madame FRA... nous est transférée en juin 1962 pour un ictère par rétention.

En mars 1962, la malade présente sans phase prodromique, un ictère franc cutanéomuqueux variable apyrétique s'accompagnant de prurit, d'anorexie et d'asthénie.

La clinique montre un gros foie, la vésicule n'est pas perçue.

La biologie est mixte.

Le premier diagnostic envisagé est celui de néoplasie secondaire du foie mais, devant la persistance d'un bon état général, un autre diagnostic est envisagé : celui d'une obstruction cholédocienne.

La laparoscopie montre un gros foie de cholostase, une vésicule de cholostase, pas de métastase.

La malade est opérée en juin 1962.

A l'exploration, il existe un gros foie, une grosse vésicule, pas de métastases, mais une infiltration du cholédoque sus-duodéal. Résection et anastomose cholédoco-jéjunale. Suites opératoires simples.

Histologie : Carcinome glanduliforme ou atypique (Docteur VERLEY).

La malade a été revue en novembre 1962 en bon état puis, elle a présenté une récurrence ictérique avec métastases hépatiques. La malade est décédée en juin 1963, soit 11 mois après l'intervention.

OBSERVATION N° 13 : Monsieur LAM... Charles, 79 ans (1965).

M. LAM... est hospitalisé en AOUT 1965 pour un ictère généralisé cutanéomuqueux. Depuis 1953, M. LAMARQUE présente des crises de coliques hépatiques lithiasiques. Puis, apparaît, en août 1965, un ictère douloureux, fébrile, avec asthénie, anorexie et prurit.

L'examen montre une hépatomégalie et une grosse vésicule.

La biologie confirme la rétention.

Le malade est opéré avec le diagnostic de cholécystite avec obstruction de la voie biliaire principale.

A l'intervention, outre la lithiase vésiculaire, il existe au niveau de la jonction cystico-cholédocienne, un cancer évident, avec métastases hépatiques. Dans ces conditions, on se contente d'une intervention exploratrice. Le malade est décédé sept jours après l'intervention.

OBSERVATION n° 14 : Monsieur POE... Aristide, 58 ans (1969).

M. POE... est hospitalisé en février plus un ictère généralisé s'accompagnant d'une insuffisance fonctionnelle rénale et d'un syndrome infectieux pulmonaire. Depuis Noël, le malade présente des crises douloureuses de l'hypochondre droit avec urines foncées et décoloration des selles. En janvier, une cholécystographie est pratiquée, montrant une voie biliaire dilatée. Dans les suites, est apparue une insuffisance rénale fonctionnelle. Après une réanimation de courte durée, le malade est opéré en février avec le diagnostic de cholécystite avec obstacle sur la voie biliaire principale.

A l'intervention, vésicule saine et plate, énorme cholédoque. Il existe au niveau de la jonction cystico-cholédocienne, une tumeur de la taille d'une cerise. Pas de ganglions. Pas de métastases. Exérèse de la tumeur et anastomose hépatico-jéjunale.

Histologie (Docteur ETEVE) : au niveau de la jonction, on observe une importante infiltration néoplasique tumorale qui s'étend en une large plage néoplasique formée d'éléments disposés souvent en travées de cellules épithélio-
liomateuses de type épidermoïde.

Le malade a été revu en juin 1969. Il allait bien.

OBSERVATION N° 15 : Madame COL... Marie : 70 ans (1966).

Madame COL... est hospitalisée en août 1966 pour un ictère intense généralisé précédé de prurit, de fièvre survenant un an après une cholécystectomie pour cholécystite lithiasique suppurée.

La biologie confirme la rétention.

La malade est opérée en décembre 1966 avec le diagnostic de sténose biliaire post-opératoire.

A l'intervention ; malade obèse, hypertendue et insuffisance respiratoire. Foie vert foncé, pas de métastases : il existe une tumeur de l'hépatique commun étendu sur environ 1 centimètre. On se contente d'une intubation par un drain de voelker. On n'a pas fait d'exérèse car la tumeur collait au pédicule et remontait près de la bifurcation.

Histologie : (Docteur LEVAME) : Carcinome excréto-canalair.

L'état de la malade était aussi satisfaisant que possible en mai soit 5 fois après l'intervention, mais cette malade n'a pas été revue.

OBSERVATION N° 16 : Madame TUD.. Lucienne, 61 ans (1967).

Madame TUD.. est hospitalisée en mars 1967 pour un ictère généralisé cutanéomuqueux fébrile avec selles décolorées, urines foncées précédées de douleurs épigastriques, d'anorexie et d'amaigrissement.

L'examen montre une hépatomégalie avec ascite.

La biologie confirme la rétention.

La laparoscopie montre un foie cholostatique et métastatique. L'évolution est rapidement fatale.

A la vérification, il s'agissait d'un adénocarcinome partiellement mucosécrétant de la partie haute du cholédoque, avec métastases hépatiques et péritonéales.

OBSERVATION n° 17 : Madame BAL... 74 ans (1964).

Madame BAL... est hospitalisée pour un ictère rétionnel, apparu depuis deux mois, avec état fébrile, sans prurit. La malade présente, en outre, une lithiase vésiculaire connue depuis plusieurs années.

La biologie confirme la rétention.

La malade est opérée en janvier 1967 avec le diagnostic d'obstruction lithiasique de la voie biliaire principale.

A l'intervention ; lithiase vésiculaire. La radiographie trans-hépatique montre une dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et une sténose de l'hépatique commun sur 3 centimètres. Cholécystectomie. Résection anastomose hépato-jéjunale. Suites simples.

Histologie : Carcinome canalaire de type excréto-biliaire.

Cette malade n'a pas été revue.

LE TABLEAU CI-APRES DONNE UN APERCU D'ENSEMBLE DE CES 17 OBSERVATIONS

- 13 -

NOM AGE SEXE	Période pré-icté- rique	Prurit	Ictère ca- ractères	Durée	Diagnostic pré-opé- toire	Lésions anatomiques Macro Micro	Métastases	Traitement	Evo- lution
1 B... 72 ans 1970 ♂	"	+	cutanéomuq. doul.apyrét. progressif	1 mois	Tête pan- créas	Tumeur nodu- laire cholé- doque sus- duodéal	-	Réséction Anastomo- hépatico- jéjunale	16 mois
2 M... 79 ans 1969 ♂	Prurit ++ An- thénie Ano- rexie Amaï- grissement	++	cutanéomuq progressif isolé.	15 j.	Tête pan- créas	T. sténos cholédoque sus-duod	Hépatiques	Dérivation cholédoco- duodénale	8 jours
3 T... 60 ans 1959 ♂	Prurit ++ Anorexie asthénie	+	cutanéomuq progressif isolé	2 mois	K. de la jonction	T.nodul jonct. cys- tique cho- lédocienne	"	Réséction Anastomo- se hépati- que jéju- nale	Va bien 20mois
4 G... ♀	"	"	Ictère doul fébulo-va- riable	15 jours	Tête du pancréas	T. nodul. jonction	"	Réséction Anastomose hépatico- jéjunale	Va bien 3 ans après
5 B... 66 ans ♀	"	"	Ictère doul. fébrile	15 jours	Calcul restant cholédoque	T.sténosante cholé- doque	"	Réséction Anastomose hépatico- jéjunale	Va bien 6 ans après
6 G... 56 ans 1969 ♂	"	+	Ictère continu	1 mois	Tête pancréas	Tumeur vé- gétante cho- lédoque sus- duodéal	Hépatiques	Réséction Anast. hép jéjunales T Hépatectomie partielle	8 jours
7 P... 75 ans 1960 ♀	Anorexie asthénie coliques hépatiques	+	Ictère doul. progressif apyrétique	6 se- maines	Lithiase cholédoque	T. nodul. de la jonction	"	Anastomose Hépatico- jéjunale	4 mois
8 C... 63 ans 1961 ♂	Anorexie Asthénie	+	Ictère continu	1 mois	Tête du pancréas	T.nodulaire cholédoque sus-duod.	Ganglions	Anastomose hépatico- jéjunale	5 mois

TABLEAU RESUMANT LES SIGNES CLINIQUES

NOM AGE SEXE	Période pré- ictérique	Prurit	Ictère ca- ractères	Durée	Diagnostic pré-opé- toire	Lésions anatomiques Macro	Micro	Métastases	Traitement	Evo- lution
9 W... 54 ans 1959 ♂	Crises de coliques hépatiques	++	Douloureux variable apyrétique	3 mois	Ampullome	T. nodulaire cholédoque sus-pancréat.	"	Ganglions rétro-pan- créatiques	Anastomose hépatico- jéjunale	5 mois
10 L... 77 ans 1964 ♀	Asthénie Anorexie	"	Ictère continu	1 mois	K. de la jonction	T. sténosan- te sus-duo- dénale	"	"	Anastomose hépatico- jéjunale	?
11 D... 40 ans 1966 ♀	"	+	Variable	3 mois	K. de la jonction	T. sténosan- te de la jonction	Carcinome canalaire	"	Réséction Anastomose Hépatico- jéjunale	Va bien 3 ans après
12 F... 63 ans 1962 ♀	"	+	Variable douloureux	1 mois	Lithiasse du cholédoque	T. infiltrante du cholédoque sus-duodénal	Carcinome atypique	"	Rés. Anast. Hépatico- jéjunale	11 mois
13 L... 79 ans 1965 ♂	Asthénie Anor. cri- ses de coli- ques hépat.	+	Ictère douloureux fébrile	15 j.	Cholécys- tite	T. infilt. de la jonc- tion	"	Hépatiques		8 mois
14 P... 58 ans 1969 ♂	Crises de coliques hépatiques	"	douloureux fébrile	1 mois	Cholécys- tite	T. nodulaire jonction	Epithé- lioma	"	Réséction Anast. Hépat. jén	Va bien en juin 69 soit 3mois après
15 L... 70 ans 1966 ♀	Cholécysteo- tomie "	+	Ictère continu	1 mois	Sténose post-opé- ratoire	T. sténos. Hépat. com- mun sus-duo- dénale	Carcinome excréto- canalaire	"	Intubation	Va bien 5 mois après
16 T... 61 ans 1967 ♀	Anorexie Amaigrisse- ment	+	Fébrile douloureux		DCD avant intervent. vérificat.		Adéno- carcinome	Hépatiques péritonéa- les	"	"
17 B... 74 ans 1964 ♀		"	Fébrile	2 mois	Lithiasse du cholédoque	T. sténo- sante hépa- tique com- mun	Carcinome excréto- canalaire	"	Réséction Anastomose hépatico- jéjunale	?

L'analyse de ces 17 observations nous ont permis de dégager un certain nombre de points que nous grouperons sous les chapitres suivants :

I - DEFINITION.

II - HISTORIQUE.

III - ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

IV - CLINIQUE.

V - THERAPEUTIQUE.

VI - RESULTATS.

II - HISTORIQUE

Les cancers des voies biliaires extra-hépatiques sont connus de longue date et les principes de leur traitement étaient déjà codifiés au début du siècle. Il est classique d'attribuer à DURAND FARDEL en 1840 la description princeps du cancer du cholédoque. En 1878 SCHUPPEL rapporte le premier cas de cancer du canal hépatique et en 1889 MUSSET rédige la première étude générale de la question à propos de 18 cas personnels. L'année suivante COURVOISIER publie le premier travail d'ensemble en langue française et rapporte 13 nouvelles observations. En 1909 EDOUARD QUENU rapportait 18 tumeurs de la voie biliaire principale et révélait des résections des mains de KEHR, de MAYO, de JABOULAY, de CZERNY. Deux longues survies avaient été observées dans les deux premiers cas, celui de KEHR qui avait effectué en novembre 1902 une résection d'un cancer du confluent cystico-cholédocien suivie d'anastomose hépato-cholédocienne et celui de MAYO qui après résection avait effectué une suture hépatico-duodénale. Les opérés avaient eu une survie de plus de deux ans. Il fallut attendre les lendemains de la seconde guerre mondiale pour voir réapparaître des cas moins épisodiques. Depuis 15 ans les travaux concernant les cancers de la voie biliaire principale pédiculaire se sont multipliés. En 1954 HEPP et MERCADIER faisaient état de trois opérations radicales. GLENN et HAYS de deux ; JAMES MONGE effectua trois exérèses et en colligea 28 dans la littérature anglo-saxonne. En 1968 MOUCHET-MARQUAND publient 17 observations de tumeurs malignes de la voie biliaire principale dont 5 de siège pédiculaire : BESSOT et BOISSEL 36 cas dont 7 pédiculaires ; HOLLENDER et WEIS 16 dont 10 pédiculaires. Enfin en 1969 MILLERET publie un cas de cancer de la voie biliaire principale pédiculaire traité par résection.

III - Données anatomo-pathologiques

Il convient de rappeler les travaux fondamentaux de DEVIC et GALLAVARDIN en 1901, puis d'ORCEL en 1958.

Siège :

Si la tumeur peut siéger en n'importe quel point de la voie biliaire principale pédiculaire, elle reconnaît pourtant certains points d'élections.

Les localisations que nous avons relevées sont les suivantes :

<u>Topographie</u>	<u>Nombre de cas</u>
Hépatique commun	2 18 %
Jonction cystico-cholédocienne	11 soit 65 %
Cholédoque sus-duodéal	4 36 %

La plupart des publications montrent la nette prédominance du siège hépato-cystico-cholédocien. Dans la plupart des publications anciennes la localisation des cancers est mal précisée, et il est vraisemblable qu'un certain nombre de cancers du Mile sont classés dans les cancers du canal hépatique.

Macroscopiquement :

1 - L'aspect du cancer de la V.B.P.P. est variable.

Dans certains cas il se présente sous la forme d'une masse tumorale, ailleurs sous celle d'une induration des parois de la voie biliaire. Ce polymorphisme explique les erreurs parfois commises lors des interventions chirurgicales. A ce propos nous insistons sur le fait que de petites tumeurs, véritables "cancers nains", peuvent être opératoirement méconnus ou être considérés comme sténose inflammatoire.

LOCALISATIONS CANCEREUSES SUR LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

(AMPOULE DE VATER EXCLUE)

	Nombre total de cancers V.B.P.	Nombre de can- cers de canal hépatique	Nombre de can- cers du con- fluent cystico- cholédocien	K. du pédicule	Nombre de cancer du cholédoque	Cancers diffus
Devic et Gullanesdin 1901	51	14	15		22	"
Kolleston (1912)	84	22	27		35	"
Stewart (1940)	104	35	48		21	"
Neillling 1949	87	23	31		29	4
Benhamou 1959	17	9	2		2	4
Hollandes 1968	16	8	4		2	2
Maillet 1969	12	6	3		"	3
Cas personnels	17	2	7		7	"

Evolution anatomique : ces cancers se caractérisent par :

1 - Leur caractère extensif

- en largeur c'est l'englobement des autres éléments du pédicule, en particulier celui de l'artère ou de sa branche droite.

- En hauteur, la diffusion le long des gaines glissonniennes épanouit le cancer à l'intérieur des deux lobes hépatiques réalisant le cancer en éventail.

2 - Leur caractère adénogène

Le courant d'invasion lymphatique semble exercer dans les deux sens. S'il est fréquent de trouver au-dessus d'un cancer pédiculaire une masse de ganglions hilaires, il est aussi courant d'observer l'extension vers les ganglions péri-pancréatiques et sus-pyloriques.

3 - Leur caractère peu métastatique.

On observe surtout naturellement des métastases hépatiques mais elles sont loin d'être fréquentes. Hollander n'en observe que 4 sur 16. Mouchet 3 sur 17. Nous dans notre série 4 cas sur 17. Les métastases péritonéales et l'ascite sont rares (1 cas dans notre statistique).

Histologie :

Dans l'ensemble les prélèvements biopsiques ne sont pas pratiqués systématiquement car ils font courir un certain risque au malade en particulier celui d'une hémorragie ou d'une dessamination à distance. En fait nous nous efforçons toujours d'avoir une preuve histologique. Dans les 11 cas où nous disposons d'un examen histologique, 9 fois il s'agissait d'un épithélioma typique excréto-biliaire, une fois d'un épithélioma atypique, une fois d'un épithélioma épidermoïde.

IV - CLINIQUE

A - Données étiologiques

Les cancers de la voie biliaire principale pédiculaire occupent parmi les ictères néoplasiques une place assez restreinte. Quelques chiffres situeront la place du cancer de la V.B.P.P. parmi les cancers biliaires. Dans une statistique de la MAYO CLINIC :

- KUWANTI dénombre :

521 % de la tête du pancréas

107 % de la vésicule

44 K. de la papille

66 K. de la V.B.P.P. dans lesquels on range les K. du hile

- BENHAMOU :

K. pancréas 93

vésicule 18

papille 8

voie biliaire P. 17

Dans notre statistique portant sur 341 ictères néoplasiques nous trouvons :

213 K. du pancréas et du cholédoque intra-pancréatique

30 K. de la vésicule

41 K. de la papille

47 dont 17 % de la V.B.P.P. soit 4 % des ictères néoplasiques

D'autres séries moins importantes sont concordantes : le nombre des cancers de la V.B.P.P. représentent à peu près le tiers de celui des cancers de la vésicule.

Il est classique de dire que contrairement au K. vésiculaire, le K. de la V.B.P.P. prédomine dans le sexe masculin (62 % dans une statistique de BETZ. Notre courte série ne reflète pas cette prépondérance puisque nous y trouvons 8 hommes et 9 femmes. Par contre nos observations confirment la notion d'une prédilection

chez l'adulte âgé : nos malades s'échelonnent de 60 ans à 80 ans, le plus jeune avait 40 ans (obs. 11), le plus âgé 79 ans (obs. 13-2) ; l'âge moyen est de 74 ans.

REPARTITION DES CANCERS DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

EN FONCTION SEXE

	Nombre de cas étudiés	Pourcentage masculin	Pourcentage féminin
DEVIC et GALLAVARDIN 1901	46	65 %	35 %
STEWART 1940	104	70 %	30 %
NEILLING 1949	98	53 %	47 %
CRISMER 1956	10	40 %	60 %
BENHAMOU 1958	17	41 %	59 %
HOLLENDER 1968	16	64 %	36 %
MAILLET 1964	12	42 %	58 %
Cas personnels	17	52 %	48 %

Cliniquement enfin la lithiase biliaire est paradoxalement assez rare en cas de cancer de la V.B.P.P., HEPP n'en observait qu'un seul cas sur 10, HOLLENDER et WEISS 3 cas sur 16. Parmi nos 17 malades 3 étaient porteurs d'une lithiase vésiculaire, une connue (obs. 10) et deux autres découvertes à l'intervention (12-17). Il faut encore souligner que la rareté relative de l'association de ce type de cancer avec la lithiase (environ 20 % des cas) ne permet pas d'attribuer un rôle pathogénique à la lithiase, ce qui l'oppose là encore au cancer de la vésicule où la découverte de calculs dans 60 à 80 % des cas semble avoir une étiologie plus évidente.

FREQUENCE DE LA LITHIASSE AU COURS DU CANCER

DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

	Nombre de cas étudiés	Nombre de cas avec lithiasse	Pourcentage
DEVIC et GALLAVARDIN 1901	55	10	18 %
STEWART 1940	104	21	20 %
NEILLING 1949	66	40	60 %
BENHAMOU 1958	17	4	24 %
HOLLENDER	16	3	18 %
MAILLET	12	6	50 %
Cas Personnels	17	3	20 %

B - SEMILOGIE CLINIQUE

Toute la sémiologie clinique de ces cancers pédiculaires, tout comme le cancer de la voie biliaire principale, est dominée par l'ictère. Celui-ci se retrouve dans nos 17 cas. C'est, donc, toujours pour un ictère par rétention d'intensité croissante et irréversible que le malade est amené à consulter.

Phase prodromique

L'interrogatoire révèle un certain nombre de symptômes prodromiques précédant l'apparition de l'ictère ; de deux à huit semaines dans notre statistique.

- Asthénie, Anorexie et amaigrissement important pouvant atteindre 10 kg. en quelques semaines (obs. : 2, 3, 7, 8, 10).

- Un prurit marqué à la phase pré-ictérique (obs. 2, 3) ce symptôme signalé dans 15 à 20 % des cas permettrait de suspecter la sténose maligne (CAROLI).

- Trois de nos malades présentaient des douleurs sous-costales droites ou épigastriques à type de pesanteur pouvant être mises sur le compte d'une lithiase associée (obs. : 17).

Phase ictérique

L'ictère domine la symptomatologie. Sa présence est quasi-constante mais son intensité, son mode d'apparition, son évolution et surtout "son âge" au moment de l'intervention sont autant de caractères intéressants à considérer.

L'ictère installé peut ne pas évoluer de façon typique, continu et progressif (11 fois sur 17) mais subir quelques variations spontanées (obs. : 4-9-11-12-14).

La symptomatologie peut être plus trompeuse encore et revêtir le tableau d'angiocholite pendant plusieurs mois (obs. : 5).

L'ictère est habituellement installé depuis plus d'un mois. Il est exceptionnel que le malade soit confié plus tôt au chirurgien. Ceci est fâcheux car le temps perdu à établir le diagnostic et l'indication opératoire a entraîné la dégradation de l'état général. A l'inverse ce laps de temps a permis la dilatation des voies biliaires sus tumorales ce qui facilite les dérivations. Dans notre statistique la durée moyenne de l'ictère est de deux mois avec des chiffres extrêmes de 15 jours et 4 mois.

Des douleurs sourdes sous-costales droites, voire des douleurs abdominales imprécises ont été observées neuf fois.

Le prurit est très habituel dans les ictères néoplasiques et entraîne des lésions de grattage. Il a été noté neuf fois. Une température supérieure à 38° a été retrouvé six fois.

Peut-on à l'examen clinique du malade extraire des éléments plus précis ?

Tous nos malades présentaient une hépatomégalie importante, la perception d'un gros foie uniforme et indolore témoigne de la cholestase et l'absence d'une

grosse vésicule permet, dans ces cas où la lithiase est rare, de situer avec précision l'obstacle au-dessus du confluent cystico-cholédocien mais on sait comme il est souvent difficile d'apprécier l'existence ou non d'une distension vésiculaire sous l'auvent d'un gros foie de cholostase qui gêne la palpation.

Au point de vue biologique, nous n'insisterons pas sur l'anémie, l'hyperleucocytose et la très importante accélération de la vitesse de sédimentation.

Le bilan hépatique révèle dans tous les cas un syndrome de rétention biliaire et les réactions de floculation sont le plus souvent négatives.

Dans l'ensemble les examens sont donc en faveur d'un syndrome biologique de rétention par (une seule malade obs. 2, avait un syndrome biologique mixte) augmentation de la bilirubine, du cholestérol total et des phosphatases alcalines alors que les tests d'insuffisance hépato-cellulaire (prothrombine sérum, albumine) et les tests d'inflammation ne sont que rarement perturbés (obs. 11).

- Le tubage

Le tubage pratiqué trois fois ne ramène pas de bile. Nous n'avons aucune expérience de la recherche cytologique néoplasique pré-opératoire.

- La recherche de sang dans les selles proposées par Lemon et Byrnes est révélée positive une fois (obs. 9).

- Les examens radiologiques.

Les examens radiologiques restent limités en raison de l'ictère.

1 - Les radiographies de l'hypochondre droit peuvent révéler l'existence d'une lithiase.

2 - Les radiographies gastro-duodénales après opacification barytée renseignent sur l'aspect du cadre duodéal. L'aspect normal du cadre duodéal est un argument de plus pour le diagnostic de cancer de la voie biliaire principale pédiculaire.

3 - L'exploration radiologique est dans tous les cas rendue très difficile par l'ictère ; la cholangiographie intraveineuse est ici impossible.

C'est la raison pour laquelle la cholangiographie transpariétale (CARTER et SAYPOL, L. LEGER) a actuellement la faveur de nombreux chirurgiens mais dans de strictes conditions. Pour éliminer le danger que toute ponction fait

courir à un foie de stase, cette cholangiographie prendra place immédiatement avant l'intervention.

Classiquement exécutée sous anesthésie générale elle peut l'être sous locale.

Le foie gauche est ponctionné en un endroit situé à deux travers de doigt dessous et à droite de l'appendice xyphoïde. Le plus souvent la ponction atteint facilement un arbre biliaire considérablement dilaté. L'injection de produit de contraste opaque visualise les voies intra-hépatiques et la voie principale jusqu'au niveau de l'obstacle. Si cet obstacle bloque la convergence et détruit la communication des foies gauche et droit il est nécessaire de ponctionner séparément les deux lobes. Le foie droit est alors ponctionné le long du bord supérieur de la II^e côte droite à 4 travers de doigts en dehors de la ligne des épineuses suivant la technique proposée par PRIOTON. Notons enfin l'utilité de prendre des clichés de face et de profil. Cet examen facile à réaliser sur des voies biliaires dilatées n'est pas sans dangers (hémorragie intra-hépatique hémorragie intra-péritonéale, cholépéritoïne). C'est la raison pour laquelle nous ne l'avons jamais pratiquée.

- La laparoscopie

La laparoscopie occupe actuellement une place importante dans le diagnostic étiologique des ictères; cet examen a été pratiqué huit fois et actuellement elle est pratiquée systématiquement. Il est classique de découvrir un gros foie vert de cholostase. La distension de la vésicule fait penser au cancer bas situé sur le cholédoque, la découverte laparoscopique de noyaux métastatiques procure le diagnostic d'inextricabilité sans pour autant exclure toute possibilité d'anastomose bilio-digestive.

- SCINTIGRAPHIE HEPATIQUE permet de mettre en évidence des lacunes fortement évocatrices de métastases, mais l'interprétation de telles lacunes est délicate dans les foies de stase.

ARTERIOGRAPHIE SELECTIVE

Nous ne l'avons pratiqué dans aucun cas. Elle nécessite le cathétérisme du tronc coelique ou de l'artère mésentérique supérieure suivant les variations d'origine de l'artère hépatique. Elle montre des images de refoulement et d'imputation des vaisseaux, objective l'existence de métastases hépatiques et permet surtout de connaître d'une manière précise les rapports entre les canaux biliaires et l'artère hépatique dont on connaît la fréquence des variations (obs. 4). Pour ces diverses raisons elle mérite de figurer dans l'arsenal des investigations pré-opératoires.

En définitive : si certaines formes cliniques permettent de soupçonner l'origine néo-plasique de l'ictère, voire son siège, beaucoup d'autres ne présentent pas toujours un tableau clinique très net et les erreurs diagnostiques sont assez fréquentes.

PROBLEMES DIAGNOSTICS

A - PRE-OPERATOIRE

Ainsi dans l'immense majorité des cas les données cliniques et para-cliniques ne permettent guère un diagnostic plus précis que celui de l'ictère ré-tentionnel probablement néoplasique. Il en est ainsi lorsqu'un syndrome clinique et biologique d'un ictère rétentionnel progressif vient s'adjoindre une image de dilatation considérable de l'arbre intra-hépatique buttant sur un obstacle sous-jacent chez un sujet âgé, indemne de tout passé biliaire. La laparoscopie fournit de précieux renseignements. Un gros foie et une grosse vésicule évoquent par argument de fréquence un cancer du pancréas. Un gros foie de cholostase sans grosse vésicule, un cancer du hile ou un calcul du cholédoque. Qu'importe toutes ces affections relèvent de la chirurgie. En fait, le problème du diagnostic différentiel est donc celui qui se pose entre un ictère par rétention ou un ictère de la maladie de Hanot.

En faveur de la cholostase intra-hépatique, rappelons la notion de l'origine médicamenteuse possible, le début parfois douloureux et fébrile, l'absence d'hépatomégalie, le test de Kohler, le test d'épreuve à la prednisone, la ponction biopsie nous l'avons vu est souvent rejetée et peut ne pas être déterminante, n'objectivant que la cholostase. En fait, seul le déjàunissement progressif de règle dans cette affection peut en affirmer la bénignité, mais il peut être fort tardif.

La cirrhose biliaire primitive se rapproche de l'ictère néoplasique par insidiosité de son début, son caractère progressif et irrémédiable la netteté des tests rétentionnels, l'augmentation du cholestérol, là encore l'impossibilité de ponctionner un canal intra-hépatique rend improbable l'obstruction extra-hépatique. Mais l'incertitude peut demeurer extrême jusqu'à la laparotomie exploratrice.

Ainsi connaissant les éléments cliniques et para-cliniques dont nous disposons il est intéressant de voir à quels diagnostic nous avons abouti :

Cancer du pancréas	5
Lithiase du cholédoque	6
Ampullome vaterien	1
Sténose post-opératoire	1
Cancer de la jonction cystico-cholédocienne	3

Dans la statistique de A. MOUCHET portant sur 17 cas, le diagnostic pré-opératoire fut en défaut 12 fois : huit fois le diagnostic porté fut celui de cancer du pancréas, trois fois celui de lithiase, une fois celui d'hépatite.

Nous voyons que dans notre statistique le diagnostic exact n'a été fait que 3 fois. Les diagnostics les plus souvent portés sont ceux de cancer du pancréas ou de lithiase du cholédoque.

B - DIAGNOSTIC PER-OPERATOIRE

En définitive c'est souvent l'exploration directe qui seule permet le diagnostic exact des lésions. Encore faut-il insister, comme nous l'avons signalé, sur des difficultés et les erreurs possibles car la dissection et l'examen directes d'une voie biliaire pathologique posent souvent des problèmes ardues. Ainsi de petits cancers nodulaires peuvent être pris pour un ganglion ou un calcul. La difficulté est au maximum dans les cancers infiltrants de l'hépatocolédoque très difficiles à distinguer de certaines pédiculites lithiasiques. En voici un exemple où il fallut attendre les résultats des examens histologiques pour redresser l'erreur de diagnostic.

Monsieur KÖC, 61 ans est hospitalisé en octobre 1969 pour un ictère douloureux et fébrile se généralisant lentement.

La biologie est de type rétentionnel.

Le malade est opéré fin octobre avec le diagnostic de cancer de la tête du pancréas.

Voici le compte rendu opératoire où le diagnostic est celui de cancer du carrefour cystico-cholédocien.

Incision type RIO BRANCO

Le péritoine renferme un liquide séro-bilieux peu abondant.

La vésicule est aubergine avec des plaques nécrotiques sur le fond.

Par ailleurs, pas de tumeur pancréatique ; foie d'aspect normal un peu hypertrophié ; rate normale ; pas de lésions palpables sous-mésocoliques.

On pratique une cholangio par le fond de la vésicule qui montre un arrêt régulier sur le col. On ne retrouve pas de lithiasé vésiculaire.

On pratique une cholécystectomie d'avant en arrière qui conduit à un cystique complètement obturé, au sein d'un tissu induré d'aspect tumoral.

On pratique une cholédocotomie sur le bas cholédoque. Ses parois sont épaissies sa lumière presque obturée.

On cathétérise le cholédoque de bas en haut ; un peu de bile suit la sonde canulée.

On place un drain de Kehr fin et assez rigide, dont la branche supérieure est laissée assez longue pour atteindre le carrefour hépatique.

Une dérivation sur le canal hépatique gauche est possible car celui-ci après abaissement de la plaque hilaire, apparaît non dilaté.

Fermeture de la cholédocotomie à la soie 0000.

En fait les différents prélèvements ont montré une pédiculite sans aucun foyer de prolifération tumorale.

L'évolution a confirmé ce diagnostic de bénignité.

Le drain fut enlevé le 45e jour après une cholangiographie de contrôle normale.

Actuellement le malade va bien il a totalement déjauni.

On voit donc l'extrême difficulté d'interprétation per-opératoire de certaines tumeurs : l'imprégnation opaque de tout l'arbre biliaire est indispensable (ponction du cholédoque, ponction trans-hépatique des voies hautes, opacification par la vésicule). Le cholangiogramme fixe le niveau de l'obstacle, la dilatation des voies biliaires sus-jacentes et on oriente le diagnostic.

V - THERAPEUTIQUE

- TRAITEMENT

En présence d'un cancer primitif de la voie biliaire principale pédiculaire, l'intervention s'impose. Dans le cas où l'exérèse du cancer ne pourra être entreprise, un traitement palliatif se justifie par une certaine lenteur évolutive et surtout par la nécessité de mettre à l'ictère et au prurit particulièrement pénible qui l'accompagne. Mais la mise en condition du malade ne doit pas être négligée. Elle ne diffère guère de la préparation habituelle médicale. Insistons cependant une fois de plus chez ces sujets dont les fonctions hépatiques sont perturbées, sur la nécessité de corriger l'anémie, l'hypoprotidémie et les troubles de la coagulation, dans les délais les plus brefs c'est-à-dire l'intérêt d'un bilan complet de l'hémostase.

- La voie d'abord doit suffisamment exposer la région sous-hépatique : chez le sujet maigre une médiane suffit mais nous n'hésitons pas à élargir le champs opératoire en la prolongeant en RIO BRANCO, avec section du ligament rond qui va servir de tracteur et du ligament falciforme. La voie sous-costale ne permet qu'un jour limité sur la région hilare.

MODALITES TECHNIQUES OPERATOIRES

Les différents types d'intervention pratiqués qu'ils soient effectués à visée réparatrice, après exérèse ou seulement palliative ont tous le même but : rétablir le courant biliaire vers l'intestin.

I - LES DERIVATIONS BILIAIRES PALLIATIVES.

Sont les plus anciennes et longtemps les seules pratiquées.

A - Anastomoses bilio-digestives extra-hépatiques

- La cholécysto-gastrostomie qui expose à l'infection des voies biliaires par reflux alimentaire.

- La cholécysto-duodénostomie qui fait courir le risque d'angiocholite et surtout d'envahissement de l'anastomose en raison de la proximité de la tumeur, sont abandonnées.

- La cholécysto-jéjunostomie par anastomose entre le fond de la vésicule et une anse en oméga, ou mieux isolée, selon ROUX, représente un bon procédé de drainage mais expose également à l'envahissement de l'anastomose.

- Dans la majorité des cas, c'est à l'hépatico-jéjunostomie sur anse exclue en Y. ou sur anse en oméga, sur laquelle va notre préférence en matière de carcinologie (simplicité d'exécution) : la préparation de l'anse jéjunale est facile : on repère la deuxième anse que l'on monte en pré-colique. Une anastomose jéjuno-jéjunale est immédiatement faite en deux plans de surjet non résorbable, a au moins 60 cm. du sommet de l'angle. La bouche d'anastomose est repérée au sommet de l'anse, et immédiatement en amont est serré un gros nylon passé deux fois autour de l'intestin. Cette zone est enfouie par un surjet sérieux. L'anastomose hépatico-jéjunale est alors pratiquée à points séparés totaux de nylon vasculaire 000.

B - Anastomoses bilio-digestives intra-hépatiques.

La dérivation biliaire, lorsqu'aucun segment extra-biliaire ne peut être utilisé, doit être confiée à une anastomose bilio-digestive intra-hépatique. Grâce aux travaux anatomiques de COUINAUD, les techniques des anastomoses intra-hépatiques se sont multipliées et ont pu être bien codifiées. L'hépatographie réalisée en pré ou en per-opératoire dès le début de l'intervention enseigne sur la disposition anatomique des voies biliaires, et localise le niveau de la sténose. Elle montre aussi, ce qui est important, la présence ou l'absence de communication entre les foies droit et gauche, et vérifie la perméabilité ou l'envahissement de la convergence.

1 - Intégrité de la convergence et communication des deux lobes hépatiques.

Les anastomoses sont réalisées dans le hile du foie, légèrement au-dessous de la convergence sur l'un des deux canaux hépatiques, généralement le gauche.

a - Anastomose hépatico-jéjunale intra-hilaire après décollement de la plaque hilaire (HEPP et COUINAUD).

b - Découverte de la totalité du canal hépatique gauche, cette voie imaginée par CHAMPEAU et PINEAU en 1964, nécessite le décollement de la plaque hilaire et la libération du ligament rond sur son flanc droit.

c - L'abord de la scissure ombilicale selon la technique de SOUPAULT et COUINAUD permet d'atteindre le canal du segment III dont la topographie est constante. Après section du ligament rond, la dissection hépatique est menée le long de son axe, sur le flanc gauche : le canal du segment III découvert est incisé longitudinalement pour une anastomose latéro-latérale sur une anse jéjunale.

Ces trois modalités techniques ont largement remplacé les procédés d'anastomoses périphériques (opération de Longmire ou opération de Dogliotti).

2 - Absence de communication entre les deux lobes hépatiques et envahissement de la convergence.

En cas de sténose haute de la voie biliaire principale avec envahissement du hile, le drainage hépatique n'est possible qu'en ayant recours à une anastomose avec les éléments qui forment la convergence. D'où la nécessité de pénétrer à l'intérieur du foie.

a - L'abord de la grande scissure (CHAMPEAU et PINEAU). Après avoir repéré la ligne qui part du fond de la vésicule au bord gauche de la veine cave inférieure, on fend le foie directement d'avant en arrière à la découverte de la bifurcation biliaire. L'anastomose porte habituellement sur plusieurs canaux biliaires au-dessus de la convergence sténosée. Une anse grêle vient ventouser les divers orifices.

b - La mobilisation du segment IV (CHAMPEAU et VIALAS).

C - Dérivations biliaires atypiques.

a - Drainage externe. Il réalise une véritable hépatostomie cutanée par drain de polythène à demeure.

b - Drainage interne trans-hépatique (GOINARD).

c - Intubation de la tumeur par un tube perdu est un palliatif simple et bénin, mais réservé à des tumeurs encore limitées et cathétériscables.

II - EXERESE

L'exérèse des tumeurs de la voie biliaire principale n'est pas une nouveauté chirurgicale, comme nous l'avons vu dans l'historique. L'exérèse devra être aussi large que possible bien que nécessairement segmentaire et forcément limitée, tout en respectant les conditions classiques de la chirurgie radicale c'est-à-dire qu'il faudra amputer deux centimètres au moins de muqueuse saine de part et d'autre de la tumeur. L'exérèse ne pose guère de problèmes techniques particuliers. Le plus simple nous est apparu de dégager la vésicule du lit vésiculaire, de couper l'artère cystique, mais surtout de couper la voie biliaire principale au-dessous de la tumeur à environ un centimètre ; le bout inférieur de la voie biliaire principale est fermé par un catgut et une pince solide type Jean-Louis Faure prend le bout supérieur coupé.

On peut ainsi retourner vers le haut à la fois le cholédoque, la tumeur et le cystique et dégager facilement le bord interne et surtout la face postérieure de la voie biliaire principale.

Il n'est quasiment pas possible de faire une exérèse élargie, on doit constamment garder les yeux sur l'artère hépatique et surtout sa branche droite. En disséquant progressivement vers le haut la face postérieure et le bord gauche on arrive ainsi à libérer toute la tumeur et la partie de la voie biliaire sous-jacente. Il faut couper 1 à 2 cm. au-dessus de la tumeur, mais là aussi on est souvent limité par le siège de la tumeur par rapport à la bifurcation biliaire. Ceci étant fait l'hépatique commun est sectionné et l'hémostase de sa tranche assurée. Il faut rétablir la continuité digestive par un procédé quelconque : nous sommes formellement contre toutes les anastomoses hépato-duodénales qui donnent beaucoup d'échecs. De loin l'anastomose préférable est l'anastomose hépato-jéjunale sur une anse en Y., selon la technique de ROUX. Ce mode de

rétablissement que nous utilisons régulièrement dans les réparations de la voie biliaire est avantageusement remplacée dans la chirurgie du cancer par une anse en oméga qui est montée pré-colique, avec anastomose hépatico-jéjunale termino-latérale au sommet. Ce procédé qui a été décrit il y a de nombreuses années, nous a toujours donné des résultats très satisfaisants.

Un problème technique se pose : c'est celui de la nécessité ou non d'intuber l'anastomose. Cette intubation est indispensable si la voie biliaire est de petit diamètre (inférieur à 10 mm.) et est mince. Or dans certains cancers de la voie biliaire principale, d'une part la voie biliaire au-dessus de la tumeur n'est pas toujours aussi dilatée qu'on pourrait l'espérer pour une lésion évoluant malgré tout progressivement et surtout la paroi n'est pas toujours très épaissie.

Quand la section de la voie biliaire a porté au ras de la bifurcation l'anastomose est plus difficile : on peut être amené à faire une recoupe sur la face antérieure du canal hépatique gauche, ceci permet d'avoir une anastomose plus large, au maximum on peut être amené à implanter les deux canaux droit et gauche séparés dans l'anse montée.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

La grande diversité des localisations néoplasiques, les difficultés qui peuvent se présenter au cours de l'intervention, l'état général du malade, ses réactions per-opératoires, réalisent autant de facteurs qui seront déterminants.

I - L'intervention ne peut dans certains cas qu'être exploratrice, car le cancer du cholédoque a envahi tous les organes du pédicule hépatique, mais surtout s'accompagne d'une pédiculite néoplasique diffusant au niveau des branches intra-hépatiques, notamment gauches. Dans ces conditions, qu'il y ait métastases ou non, il est important de ne pas faire d'exploration radiologique notamment par ponction trans-hépatique, source de fistule biliaire qui rendra la survie du malade encore plus inconfortable. Il faut bien connaître ces formes infiltrant les voies biliaires intra-hépatiques, qui contraindront formellement toute

dérivation au-dessus de la tumeur. Dans ces cas, là il faut se borner à une intervention purement exploratrice : la cholécystostomie n'a certainement pas d'intérêt. Cette infiltration diffuse qui n'est pas exceptionnelle, peut s'accompagner ou non de métastases hépatiques ou de métastases péritonéales. Même dans ces formes diffuses, il est formellement déconseillé de pratiquer une intubation rétrograde de la tumeur, à partir du cholédoque sous-jacent, sain, car dans l'immense majorité des cas, non seulement il existe une pédiculite supérieure, mais également un envahissement rétrograde de tout le pédicule hépatique, qui fait que la dissection du cholédoque, sa recherche, est toujours très difficile, et très hémorragique.

Laparotomie exploratrice	1
Exérèses	9
Dérivations palliatives	5
Intubation	1

II - La thérapeutique idéale pour les cancers de la voie biliaire principale pédiculaire est l'exérèse totale de la tumeur, suivie d'une anastomose bilio-digestive, mais cette attitude n'est pas toujours réalisable. Il faut deux conditions : d'une part l'absence de métastases et d'adénopathies évidentes, et d'autre part l'absence d'envahissement de la tumeur aux organes de voisinage. Pour ces cancers, du pédicule, il faut que la tumeur n'envahisse pas le tissu pancréatique, auquel cas, il faudrait réaliser une pancréatectomie céphalique ; il faut que vers le haut elle n'atteigne pas les deux canaux hépatiques, c'est-à-dire qu'elle doit respecter la bifurcation.

Le cas idéal, est représenté par les cancers de la jonction cystico-cholédocienne. La continuité digestive a été rétablie chaque fois par une anastomose hépato-jéjunale, réalisée suivant la technique décrite ci-dessus.

EXERESSES 9 CAS/17

N° des OBS.	Localisation	Rétablissement de la continuité biliaire	Suites opératoires	Survie
1	Cholédoque sus-duodéal	Hépatico-jéjunostomie	Récidive ictère + métastases hépatiques 15 mois après	16 mois
3	Jonction cystico-cholédocienne	Hépatico-jéjunostomie	Métastases cérébrales 13 mois après	20 mois
4	Ponction cystico-cholédocienne	Hépatico-jéjunostomie glycurostomie	Occlusion sur Bride deux ans après	Va bien 3 ans après
5	Cholédoque sus-duodéal	Hépatico-jéjunostomie	Quelques poussées angiocholites	Va bien 6 ans après
6	Cholédoque sus-duodéal	Hépatico-jéjunostomie	Péritonite biliaire D.C.D. 8	3 jours D.C.D.
11	Jonction cystico-cholédocienne	Hépatico-jéjunostomie	"	Va bien 3 ans après
12	Cholédoque sus-duodéal	Hépatico-jéjunostomie	Récidive ictérique avec métastases hépatiques 10 mois après	11 mois
14	Jonction cystico-cholédocienne	Hépatico-jéjunostomie	"	Va bien 3 mois après
17	Hépatique commun	Hépatico-jéjunostomie		?

III - Dans un certain nombre de cas l'exérèse est impossible. Dès lors les modalités de palliation dépendent du siège de l'obstacle et de l'état du malade. Les interventions palliatives se présentent schématiquement sous deux aspects.

1 - La tumeur siège au niveau de la voie biliaire principale, c'est-à-dire qu'elle laisse au-dessus d'elle un segment de voie biliaire principale plus ou moins long, mais en tout cas dilaté à paroi plus ou moins épaisse. Cette tumeur ne peut être enlevée parce qu'il existe une adhérence très importante aux organes de voisinage. S'il existe des métastases hépatiques, mieux vaut se borner à une intervention palliative mais cependant, pour des raisons techniques, une petite tumeur sera souvent enlevée pour pratiquer une anastomose sur l'hépatique commun dans de meilleures conditions. Cette anastomose palliative, quand on dispose d'un segment sus-tumoral valable, sera presque toujours une anse en oméga. Il est évident que plus le segment sus-tumoral sera court, (entre le pôle supérieur de la tumeur, et la bifurcation) plus l'anastomose sera difficile à faire : au maximum on peut être amené à faire porter cette anastomose au ras de la bifurcation, avec une réserve, que dans les cancers de la voie biliaire principale, il existe généralement un ictère avec hypertrophie du foie qui rend très difficile cette anastomose.

2 - Si le cancer siège trop près de la bifurcation, l'anastomose hépatico-jéjunale n'aura plus sa raison d'être, et il sera plus sage d'avoir recours aux cholangio-jéjunostomies intra-hépatiques. Le mode de dérivation utilisé, est habituellement le canal hépatique gauche au niveau du segment III. Cette dérivation palliative, ne peut être faite qu'après avoir parfaitement exploré les voies biliaires par ponction trans-hépatique et s'être assuré de la communication des deux foies droit et gauche, et de la dilatation suffisante des voies intra-hépatiques. Dans le cas contraire l'anastomose est très difficile, et l'expérience apprend que les suites seront troublées par des fistules ou un rétrécissement dans de très grandes proportions. Il y a deux contre-indications majeures à ces dérivations intra-hépatiques :

- l'existence de métastases nombreuses dans les deux lobes du foie,
- la pédiculite diffuse qui envahit les branches intra-hépatiques.

Dans certains cas, l'état local impose une dérivation intra-hépatique, mais l'état général précaire peut interdire un geste chirurgical majeur. Il faut savoir alors se résoudre à une cholécystostomie, si le canal cystique reste perméable. Ce simple geste peut permettre la disparition de l'ictère, une amélioration de l'état général, qui autorise une réintervention dans le but de faire la dérivation intra-hépatique.

DERIVATIONS PALLIATIVES

6 CAS/17

OBS.	Localisation	Type de dérivation	Evolution	Survie
2	Cholédoque sus-duodéal	Cholédoco-duo-dénale.	Septicémie à G- D.C.D.	
7	Confluent cystico-cholédocien	Hépatico-jéjunale	Angiocholite	4 mois
8	Cholédoque sus-duodéal	Hépatico-jéjunale	Ictère + foie secondaire	5 Mois
9	Cholédoque sus-duodéal	Hépatico-jéjunale	"	5 mois
10	T. de la jonction cystico-cholédocienne	Hépatico-jéjunale	"	?
15	Hépatique commun	Intubation	"	5 mois

IV - Enfin, quand on ne peut pratiquer de dérivation intra-hépatique ou de dérivations sus-tumorales, reste dans certains cas, pour des cancers limités à l'hépatique commun, une possibilité de réaliser une intubation interne, faite depuis très longtemps par SENEQUE. Sur le plan technique cela consiste à inciser la voie biliaire principale au-dessous de la tumeur en zone saine, puis à franchir la tumeur avec un instrument mousse, par exemple un hystéromètre ; ceci est

beaucoup plus facile en théorie qu'en pratique, car dans le segment intra-tumoral, on ne dispose généralement d'aucun contrôle digital pour guider l'instrument. Le franchissement de l'hystéromètre étant réalisé, on enfoncera un petit drain de Kehr, dont la caractéristique est d'avoir une paroi très dure pour éviter d'être écrasé par la prolifération secondaire tumorale, drain de Kehr qui devra être poussé dans le canal gauche. Ce drain de Kehr sortira au niveau de la cholécotomie, la branche inférieure étant enfoncée dans la partie basse du cholédoque. On peut si on le désire, utiliser, non pas un drain de Kehr, mais un drain à la Volker qui sortira au genu inférius. Notre expérience de ces intubations pour cancers primitifs de la voie biliaire principale, cancer de la vésicule ayant envahi le cholédoque, se borne à quelques cas et les résultats enregistrés ont toujours été extrêmement médiocres et de courte durée.

VI - RESULTATS

Dans la plupart des statistiques, ces interventions sont grevées d'une mortalité opératoire non négligeable. Selon les statistiques, elle varie entre 18 et 39 % (MOUCHET 28 % HOLLENDER 9 %). Nous avons pour notre compte sur 16 opérés enregistré 3 décès post-opératoires, soit une mortalité de 20 %.

Obs. 2 - septicémie à Gram - (D.C.D. au 8e jour)

Obs. 6 - péritonite biliaire (D.C.D. au 11e jour)

Obs. 13 - défaillance cardio-respiratoire (D.C.D. au 9e jour).

Sur les 13 malades restant, nous possédons 8 observations complètes.

- Résection anastomose : 6 cas (Obs. 1, 4, 5, 9, 11, 12) avec des survies respectives de 16 mois, 4 ans, 6 ans, 4 ans, 3 ans, 11 mois, soit en moyenne une survie de 37 mois.

- Dérivations palliatives : 2 cas - (Obs. 7, 9) avec une survie moyenne de 5 mois.

Parmi les malades restant, nous notons :

- 3 résections anastomoses (Obs. 3, 14, 17) qui ont été revues respectivement 20 mois, 4 mois et 2 mois après l'intervention.

- 1 intubation revue 4 mois après

- 1 dérivation palliative, Obs. 10, revue 2 mois après.

La survie moyenne établie sur 8 observations atteint donc 21 mois. Pour notre part, nous avons même une malade vivante 6 ans après une résection anastomose, pour un cancer de la jonction cystico-cholédocienne vérifiée histologiquement.

Envisageons à titre comparatif, quelques résultats rapportés par d'autres auteurs.

HOLLENDER, sur 13 cancers de la voie biliaire principale signale les chiffres suivants :

- 7 exérèses avec une survie moyenne de 11 mois et demi
- 4 dérivations avec une survie moyenne de 3 mois et demi

LAMY, sur 14 cas :

- Exérèse : 6 cas, survie 12 mois
- Dérivation palliative : 8 cas, survie 4 mois.

KOZOKA, et ses collaborateurs, ont noté sur 16 cas de tumeurs réséquées, une survie moyenne de 15 mois, alors que pour 22 cas traités palliativement, la durée ne fut que de 2 mois, 7.

Les résultats publiés par les différents auteurs confirment notre série. La mortalité post-opératoire immédiate, est identique dans les résections et les dérivations palliatives. Par contre, la survie est nettement supérieure après exérèse.

CONCLUSIONS

En présence d'un néoplasme primitif de la voie biliaire principale pédiculaire, l'exérèse doit être tentée chaque fois que les conditions locales et générales l'autorisent. Même si sur le plan carcinologique l'intervention ne s'avère pas satisfaisante, elle peut néanmoins donner au malade une survie qui n'est pas à négliger. Devant une tumeur inextirpable, on n'hésitera pas à faire appel aux dérivations palliatives. La disparition du prurit et de l'ictère, que les anastomoses bilio-digestives permettent d'obtenir, ne sauraient être sous-estimées, même si les survies s'avèrent limitées.

C O N C L U S I O N S

La fréquence du cancer de la voie biliaire principale pédiculaire n'est pas négligeable (1 % de la totalité des lésions biliaires opérées ; 4,7 % des ictères néoplasiques observés de 1957 à 1970 dans le service de Notre Maître le Professeur Jean Gosset. Sa fréquence est dix fois moindre que celle du cancer du pancréas.

Le cancer de la voie biliaire principale pédiculaire touche principalement le sujet de plus de 70 ans. Les deux sexes sont également atteints.

La lithiase vésiculaire ne semble jouer aucun rôle étiologique bien qu'elle soit retrouvée dans 20 % des cas.

Le cancer peut siéger sur toute la hauteur de la voie biliaire pédiculaire mais une de ses localisations électives est la jonction cystico-cholédocienne : 65 %.

Cliniquement la relative fréquence des formes atypiques doit être soulignée. L'ictère et l'hépatomégalie ne manquent jamais, mais leurs variantes sont nombreuses. L'ictère peut ne pas avoir son aspect classique (indolore, apyrétique, régulièrement progressif) et se présenter comme ictère variable, un ictère fébrile (30 % des cas) évoquant par de grands accès de frissons l'angiocholite lithiasique ; les douleurs ont été retrouvées dans 55 % des cas.

Les travaux modernes soulignent la fréquence d'un syndrome pré-ictérique comportant une asthénie inexpliquée, des troubles dyspeptiques tenaces, des douleurs épigastriques franches que n'explique pas l'examen radiologique de l'estomac, un prurit enfin pouvant précéder l'ictère de plusieurs semaines. Une fois l'ictère installé certains symptômes orientent vers son origine néoplasique : le prurit quasi-constant, l'amaigrissement souvent rapide. L'hépatomégalie est habituellement importante et très perceptible par contre l'existence d'une grosse vésicule n'a pas le caractère pathognomonique qu'on lui a attribué.

Deux examens complémentaires sont essentiels :

1 - L'exploration fonctionnelle permet de constater un syndrome ré-tentionnel et des réactions de floculations négatives.

2 - La laparoscopie paraît très utile pour le diagnostic mais c'est souvent l'exploration directe qui seule permet le diagnostic et le bilan des lésions, encore faut-il souligner les difficultés et les erreurs possibles.

Que l'étiologie néoplasique soit évidente ou non, on doit intervenir sans retard dans la mesure où la cholostase intra-hépatique et la cirrhose biliaire sont éliminées. C'est en fonction de la topographie des lésions et des données du cholangiogramme que l'on peut choisir entre différentes solutions thérapeutiques. Le traitement chirurgical a fourni dans cette série des résultats encourageants. Il est certain qu'en l'absence de contrindications générales et locales, devant un cancer du cholédoque il est absolument indispensable de pratiquer une exérèse même si celle-ci doit être difficile, même si la réparation doit poser des problèmes techniques car c'est la seule chance de survie des malades et certains de nos patients vivent depuis plusieurs années (moyenne de 37 mois) alors que toutes les interventions palliatives ont entraîné la mort en quelques mois.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur J. GOSSET

Professeur LOYGNE

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

BENHAMON, GOTTFRIED, DARRIES, FAUVERT. -

Le cancer des voies biliaires principales.
Semaine Hôp. Paris 1959, 35. 89. 100.

BESSOT. -

Thèse 1968.

BESSOT, BOISSEL. -

Tumeurs malignes de la voie biliaire principale.
Journal de Chirurgie. T. 95 - N° 5-6 mai-juin 1968.

CAROLI et COLL. -

Ictères néoplasiques et cancers des voies biliaires.
Revue Prat. 1960. 23. 2.449. 2.484.

CHAMPEAU, VIALAS. -

La mobilisation du segment IV voie d'abord idéal du confluent
biliaire et des pédicules principaux intra-hépatiques.
Mem. Acad. Chir. 1966. 92. 416. 422.

CHAMPEAU, MEILLERED. -

Anastomose bilio-digestive intra-hépatique. Technique. Indications.
Jour. Chir. 1965. 89. N° 3. 281-286.

COUINAUD C. -

Cholangiojéjunostomies intra-hépatiques gauche. A propos de 18 obser-
vations.
Arc. mol. Appl. Dig. 1967. N° 4. 295-310.

CUILLERET. TETE. -

Cancers des voies biliaires extra-hépatiques.
Encycl. Méd. Chir. 1968. 7.057. A10. 1-6.

DURAND-FARDEL. -

Recherches anatomo-pathologiques sur la vésicule et les canaux biliaires.

Arch. gén. méd. 1840. 8. 167-188.

GADROT. RIBERT. FABRE. -

Epithélioma anictérique des voies biliaires extra-hépatiques d'évolution extrêmement lente avec métastases multiples calcifiées.

J. Méd. Bordeaux 1966. 143-III.

GARLOCK J.H. -

Cancer primitif de la voie biliaire principale. Résection. Anastomose bout à bout. Une survie de 5 ans.

Ann. Surg. 1939. 110. 475. 479.

GASNE. -

1935. Paris.

HEPP. MERCADIER. -

Cancers des voies biliaires extra-hépatiques.

ANN. CHIR. 1956. 32. 85-96.

Cancers des voies biliaires extra-hépatiques.

Arch. Mal. App. DIG. 1954. 43. II.

HOLLENDER GILLET WEISS. -

Cancers primitifs de la voie biliaire principale (à propos de 16 observations).

Arch. Franç. des maladies de l'appareil digestif. 1968. 57. N° 12 p. 985-1.016.

KEHR. -

Résection de l'hépatique du cholédoque et de la vésicule. Hépatico-duodénostomie.

MUNCH. MEC. WSCHR. 1903.

KIDO. -

Percutaneous intra hepatic cholangiography.

ARCH. SURG. (Chigago). 1956. 72. 262-268.

KUWAYTI. -

Cancers de la voie biliaire intra et extra hépatique à l'exclusion des cancers de la papille.

SURG. OBST. 1957. 104. 537. 366.

LAMY MICHOTÉY BRICOT SARLES et RODDE. -

Tumeurs malignes de la voie biliaire principale.

ANN. CHIR. 1965. vol. 19. N° 15 p. 1.035-1.045.

LEGER ZARA et WAGNIER. -

Cholangiographie et drainage biliaire par ponction trans pariéto-hépatique.

ARC. MAL. APP. DIG. 1953. 42. 967-975.

LEMON et BYRNES. -

Cancer of the biliary tract and pancreas. Diagnosis from cytology of duodenal aspiration.

J. AMER. MED. ASS. 1949. 141. 254-257.

LITAUDON. -

Place du cathétérisme trans-tumoral dans la chirurgie palliative des cancers de la voie biliaire.

THESE MED. LYON 1962. N° 28.

LUDWICK. -

Remplacement de la voie biliaire principale pédiculaire.

AN. of SURG. 1969. 170. 2. 249.

LEITRHE. -

Cancer de la voie biliaire principale. Rapport de 4 cas de résection suivis de succès.

SURGERY. 1947. 22. 627-647.

MAILLET BRETTE TISSOT FAVRE CUCHE COSENTINO. -

Cancers primitifs de la voie biliaire principale.

Journal de Médecine de Lyon. Septembre 1969.

MONGE RUDIE. -

Résection du canal cholédoque pour cancer.

ARCH. SURG. 1966. 93. N° 6.

MOUCHET MARQUANT GARGIN GUIVARCH PILLARO. -

Cancers de la voie biliaire principale.

ANN. CHIR. 1968. vol. 22 N° 5. p. 303-308.

MOUGNE MOLINES, CARABALONA, VERNHET. -

Les cancers de la voie principale.

Montpellier Chir. 1964. 3. 233-245.

ORCEL. -

Les cancers des voies biliaires.

Actualités anatomo-pathologiques Paris 1958. Masson III. 160.

Les extensions hépatiques portales et péri-portales des cancers des voies biliaires extra-hépatiques. (A propos des cancers dits en éventail)

ARCH. ANAT. PATH. 1957. 33. 236-242.

PERI I. -

Tumori maligni primitivi delle vie biliari extra epatiche a proposito di 18 osservazioni.

ARCH. ITAL. CHIR. 1963. 89. 3. 64.

QUENU. -

L'opération radicale dans le cancer des voies biliaires.

Revue Chir. 1909. 39. 245.

RHEUTRE et REBATTU. -

Le cancer primitif des canaux biliaires.

GAZ. HOP. 1908. 81.

RENSHAW. -

Malichant neoplasm of extra bile ducts.

Review of the literatur and report of six cases.

SURGERY. 1957. 41. 416-437.

ROUX DEBRAY LAUMONIER. -

Pathologie chirurgicale des voies biliaires extra-hépatiques.

1 vol. Paris 1961. MASSON.

RUSSELL. -

Cancer du canal hépatique mis en évidence par la cholangiographie per opératoire.

BRIT. J. RADIOLOG. 1962. 35. 646-647.

SARLES RODDE. -

Tumeurs malignes de la voie biliaire principale. A propos de 18 obs.

ANN. CHIR. 1965. 19. 1.035-1.045.

TASCHIERI FERRI. -

Les tumeurs malignes de la jonction hépatico cystico cholédocienne.

ARCH. ITAL. CHIR. 1966. 7. 25-38.

WALLENSTEN FRIES. -

La reconstitution de la voie biliaire principale à l'aide d'un segment de jéjunum après une résection du cholédoque pour cancer.

ACTA. CHIR. SCAND. 1960. 119. N° 5. 417-421.

